Należytość pocztową opłacono ryczałtem.

PIELĘGNIARKA POLSKA

MIESIĘCZNIK POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH



Rok VII. Lipiec-Sierpień 1935 Nr. 7-8

W następnym numerze „Pielęgniarki Polskiej" program X Walnego Zjazdu P S P Z oraz Kursu Dokształcającego

Pielęgniarka Polska Nr. 7-8

TREŚĆ:

L'Infirmière Polonaise Nr. 7-8

SOMMAIRE:

Adres Redakcji i Administracji:

Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.

Cena prenumeraty w Polsce:

25% rabatu

za cały rok zgóry 6 zł.

Miesięcznie 70 gr. 2 Miesiące 1·40 zł.

Kwartalnie 2·00 zł.

W Ameryce rocznie 1½ dolara

We Francji „ 26 franków

Cena ogłoszeń ¼ str. 25 zł., ½ str. 40 zł., cała str. 60.

Konto P. K. O. 409.450.

Redakcja uprasza o nadsyłanie rękopisów czytelnych, najlepiej pisanych na maszynie. Rękopisów nie zwraca się.

Rok VII Lipiec-Sierpień 1935 Nr 7-8

PIELĘGNIARKA POLSKA

CZASOPISMO POLSKIEGO STOWARZYSZENIA PIELĘGNIAREK ZAWODOWYCH

WYCHODZI POD REDAKCJĄ HANNY CHRZANOWSKIEJ I MARJI STAROWIEYSKIEJ

Zabawki w szpitalu

Instynkt zabawy u dziecka musi być oceniany równie poważnie, jak inne podstawowe „życiowe" instynkty — jak potrzeba pokarmu, snu.

Dziecko musi się bawić, jak musi jeść, czy pić. Dziecko, które się bawi niechętnie, jest dzieckiem chorem; dziecko, które się nie chce bawić, jest ciężko chorem dzieckiem.

Stosunek lekarza, psychologa i pedagoga do zabawy dziecka jest nieco odmienny. Psycholog w zabawie dziecka widzi funkcję psychiczną, niezmiernie doniosłą, równie zawiłą, jak interesującą, pozwalającą mu w swych niezliczonych odmianach śledzić za rozwojem psychicznym dziecka. Pedagog chciałby wyzyskać tę funkcję dla harmonijnego rozwoju życia psychicznego dziecka; lekarz powinien w zabawie znaleźć jeden ze sprawdzianów zdrowia, zaspokojenie zaś tego instynktu uważać za konieczny obowiązek higjeniczny otoczenia, walczyć o to narówni z pedagogiem, wreszcie w granicach swoich potrzeb, wyzyskać zabawę dla celów leczniczych. To też szpital dla dzieci w zakresie swej działalności musi dbać o zabawienie dzieci, dać do tej zabawy materjał: zabawkę.

Dziecko bawi się od urodzenia, a najwięcej do wieku szkolnego, kiedy zabawce poświęca 8—9 godzin dziennie. W wieku szkolnym zabawa przestaje być celem głównym życia, pozostaje jednak na równorzędnem stanowisku z pracą szkolną, stając się zresztą jednym z elementów tej pracy.

W zabawie wielką rolę odgrywa zabawka. Dziecko w różnym wieku potrzebuje koniecznie różnej zabawki. „Odpowiednia" zabawka to ta, która w danym wieku odpowiada potrzebom dziecka, która zaspokaja jego głód

ruchu, wrażliwość wzrokową, słuchową, czy inną i wpływa dodatnio nietylko na jego rozwój psychiczny, ale i fizyczny.

Dzieci, które mają za mało zabawek, są zwykle dziećmi niedorozwiniętemi psychicznie, a często i fizycznie. Dziecko, które ma ich za dużo, może być niemi „przekarmione“ i przesycone, jak może być przekarmione i przesycone zbyt obfitą i zbyt zmienną dietą. Niewłaściwa zabawka w ręku dziecka może być szkodliwa, względnie wyzyskana w sposób nie odpowiadający celowi zabawki.

Dobra zabawka dla dziecka — to taka, która odpowiada jego zainteresowaniom i potrzebom, jest trwała (albo, w miarę potrzeby, nietrwała, np. ognie sztuczne), zdrowa i dająca *maximum* możliwości zabawy (np. piłka).

Dziecko w szpitalu może i musi mieć zabawki.

Najczęściej jednak szpital idzie po linji najmniejszego oporu, pozostawiając zaspokojenie tej potrzeby dzieci — rodzicom. Niewątpliwie dziecko chętnie widzi w nowem środowisku, jakiem jest szpital — stare, „własne“ zabawki. Czuje się wtedy mniej obco — ma w swym Misiu, czy lalce — powiernika i przyjaciela na obcym gruncie. Ale przeważnie zabawki, dostarczane przez rodziców dzieciom są kupione okazyjnie w straganach u bram szpitala, na pociechę dziecku, w zamiarach chwalebnych, ale często nieodpowiednie i niezdrowe. (Znowu analogja ze słodyczami, przynoszonemi choremu dziecku). Poza tem nie każdego z rodziców stać na kupno zabawki i oto tem boleśniej odczuwa dziecko brak zabawki, gdy je posiadają sąsiedzi.

Naturalnie nie można zabierać rodzicom prawa ofiarowywania zabawek dziecku, jest to wielką przyjemnością dla stron obu. Jednak szpital musi dbać o właściwe zabawki dla dzieci.

Dobór zabawek w szpitalu nie jest łatwy. Wkracza tu w grę cały szereg zastrzeżeń:

1. Czas pobytu dziecka w szpitalu.
2. Przeważnie pobyt stały dziecka w łóżku w pozycji leżącej, lub siedzącej.
3. Stan zdrowia dziecka i konieczność oględnego stosowania pewnego typu zabawek (np. książka).
4. Niebezpieczeństwo przeniesienia zakażenia.

Dalsze trudności wynikają z konieczności umiejętnego nadzoru nad zabawkami, przywiązywania się dzieci do zabawek, wyzyskania ich do wspólnej zabawy, wyszkolenia pedagogicznego personelu i t. d.

Najbardziej potrzebują zabawek dzieci, pozostające czas dłuższy w szpitalu. Może to mieć miejsce na oddziałach płoniczych, błoniczych, tyfusowych, chirurgicznych, gruźliczych i we wszystkich przewlekłych chorobach, lub chorobach o długim okresie rekonwalescencji.

Typ zabawek musi być dostosowany do pozycji leżącej dziecka. Dzieci muszą mieć stolik rozkładany na łóżko, co zresztą i tak jest potrzebne dla podawania dziecku codziennych pokarmów.

Odpadną jednak, z racji położenia dziecka, wszystkie te typy zabawek, przy których potrzebna jest zmiana położenia, a więc piłka, skakanki itp. Zato doskonale nadadzą się takie, jak: budownictwo, wojsko, lepienie z gliny, plasteliny i t. p.

Tam jednak, gdzie dziecko wstaje i rusza się, ograniczenia mogą być stosowane tylko z racji stanu zdrowia dziecka. Zresztą ten dział zabawy i zabawek, zwłaszcza dla starszych dzieci, może być ujęty w formę zabawy gromadnej, niewykonalnej u dzieci, leżących w łóżku.



Zabawki dla dzieci od 0 — 7 lat. Od 0 — 1: grzechotki, kółka, duże zabawki gumowe. Od 1 — 3: małe zabawki gumowe, lalki woskowe, klocki duże. Od 4 — 7: lalki, klocki małe, wózki.

W szpitalu można wyjątkowo wyzyskać system zabawy wspólny dwojga, lub więcej dzieci, a więc szachy, warcaby.

W jakim stopniu należy brać pod uwagę stan zdrowia dziecka? Często chore dziecko bawi się samo niechętnie, co też jest dowodem, że jest chore. Jednakże i ono zdradza nieraz zainteresowanie otoczeniem i w chwilach lepszego samopoczucia bawi się również. — Każdy z nas wie jednak, że w domu dziecko chore, nawet ciężko chore nie jest pozbawione zabawek, i że otoczenie czyni uporczywe wysiłki, aby rozbudzić zainteresowanie

dziecka, ożywić je, co z racji choroby i szybkiego wyczerpywania się uwagi i zainteresowania, jest nieraz bardzo trdne i męczące. Niewątpliwie jednak zabawa ma tutaj nietylko znaczenie humanitarne (chęć ulgi cierpiącemu), ale i wybitnie lecznicze, jako bodziec psychiczny, pośrednio wpływający na akcję serca i płuc i siły odpornościowe. Lecz i tutaj bronić się należy przed błędem w przedawkowaniu bodźca i znużenia dziecka — chociaż organizm broni się przed tem łatwo obojętnością i brakiem zainteresowania.

Trudność w szpitalu wystąpi jednak wobec niemożności poświęcenia dziecku takiej ilości czasu, jaką może mu poświęcić dom, a przecież ciężko chore dziecko trzeba zabawiać, rzadko bawi się ono z własnej inicjatywy. Mimo to, pewne typy zabawek, przy których zabawa opiera się głównie na obserwacji (receptywne zabawki), na kontemplacji i przeżyciach duchowych, mogą i muszą znaleźć się w szpitalu, a więc lalki, „misie“, obrazki i t. p. Obecność ulubionej zabawki łagodzi u dziecka lęk obcości w szpitalu, wiąże je ze szczęśliwym światem wspomnień z okresu zdrowia.

Lżej chore dzieci bawią się już same chętnie, lecz i tu potrzeba im nieraz pomóc. Naogół jednak zabawka, o ile odpowiada zainteresowaniom dziecka, staje się źródłem zabawy bez pomocy otoczenia.

Ograniczenia w dostarczaniu dzieciom zabawek wynikają z obawy przed szerzeniem zakażeń wewnątrzszpitalnych. To też oddziały o pewnym typie: płonicze, błonicze, gruźlicze i t. p. muszą mieć własne komplety zabawek. Poza tem zabawki, w miarę możności, muszą być takie, które można wymyć, lub też, w poszczególnych przypadkach, mogą być poddawane specjalnej dezynfekcji. Nie należy się zresztą łudzić. Zabawki nie są wieczne, zwłaszcza w rękach dzieci. To też, co pewien czas muszą one być zastępowane nowemi, lub naprawiane i odnawiane. Przytem dobrze jest dawać dzieciom nietyle zabawkę, ile materjał do zabawy, a więc glinę, plastelinę, papier do wycinania, kredki, farby, ołówek, pędzelek i t. d. Nadają się te materjały zwłaszcza na oddziałach zakaźnych, ponieważ, po wypisaniu dziecka, można niszczyć wyniki jego zabawy, a same przedmioty zabawy zdezynfekować (kredki, pędzelek, farby).

Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, oraz zagadnienia poziomu zainteresowań dziecka w zależności od wieku, następujące zabawki powinny znajdować się w szpitalu stale w dostatecznej ilości:

A. Oddział niemowlęcy:

1. Grzechotki (np. typ w formie dużego pierścienia o nasuniętych 3 większych kulkach - grzechotkach, malowanych w 3 zasadnicze kolory — niebieski, czerwony i żółty),
2. gumowe zabawki (dość dużych wymiarów),

3. zabawki wiszące na łóżku nie do zabawy ruchowej, ale do odbierania wrażeń wzrokowo-słuchowych: np. wiatraczki kolorowe, pióropusze z celofanu, paciorków szklanych.

B. Oddział dla dzieci 1—3 lat:

1. Duże klocki z drzewa, różnych rozmiarów, malowane,
2. składanki (jaja wielkanocne, babki łowickie i t. p.),
3. książki z dużemi i kolorowemi obrazkami,
4. zabawki poruszające się: wózki, pajace, zwierzęta na kółkach,
5. lalki.

C. Oddział dla dzieci 4—7 lat:

1. Proste typy budownictwa z drzewa,
2. zabawki do ustawiania,
3. materjały do malowania, rysowania, nalepiania, wycinania, kalkowania, lepienia, puszczania baniek mydlanych, segregowania i układania i t. p.,
4. łamigłówki proste,
5. książki z obrazkami,
6. lalki.

D. Oddział dla dzieci 8-letrich i starszych:

1. Budownictwa złożone (drzewo, metal),
2. książki,
3. zabawki kombinacyjne (szarady, rebusy, szachy, warcaby, domino, młynek),
4. łamigłówki skomplikowane — „purzle“,
5. materjał do zabawy i prac ręcznych (rysowanie, malowanie, wycinanie, lepienie, klejenie, szycie, roboty na drutach i t. p.),
6. zabawy wyzyskujące pracę dzieci dla szpitala (zwijanie bandaży, cięcie bibuły na lejki i t. p.),
7. korespondencja z rodzicami, dziennik, pamiętnik i t. p.

Projekty powyższe wprowadzone zostały częściowo w Szpitalu imienia Karola i Marji w Warszawie na oddziale niemowlęcym. *) Usunięto dawne typy zabawek i dostarczono dzieciom nowych — odpowiednio dobranych. Okazało się, że dzieci dużo chętniej bawią się nowemi zabawkami i są spokojniejsze. Naturalnie trzeba zwracać uwagę na odpowiednie umocowanie zabawek. — Najlepszym okazał się sposób umocowania luźnego zabawki na tasiemce, przeciągniętej w poprzek łóżka i uwiązanej do poręczy. Ilość zabawek obliczono po 2 na dziecko na 1 rok. Poza zabawkami przy łóżkach dzieci, przeznaczono 2 zabawki (gumowe nadymane) do wanienki przy kąpieli dzieci.

---

*) Patrz fotogr. niemowlęcia Piel. Polsk. Nr 4, 1935, str. 77.

Organizacja zabawy w szpitalu dziecięcym naturalnie nie wyczerpuje się zagadnieniem zabawek. Niewątpliwie szpitale powinny posiadać radjo z głośnikiem (jakkolwiek rzadko kiedy bywają programy, odpowiadające zainteresowaniom dzieci) i gramofon, zwłaszcza dla muzyki lekkiej, tanecznej.

W zespole pielęgniarek może się znajdą osoby o umiejętności głośnego czytania lub opowiadania. Możnaby też uzupełnić opowiadania obrazami świetlnemi (latarnia czarnoksięska). Jest to jednak problemat specjalny i znacznie szerszy.

Reasumując to wszystko, należy stwierdzić, że wobec tego, iż 1) zabawka jest nieodłącznym składnikiem życia dziecka i zaspokaja w nim silny instynkt zabawy, 2) zabawka czyni znośniejszym pobyt w szpitalu, zdala od rodziny, 3) zabawka przyśpieszyć może proces zdrowienia, 4) zabawka zapobiega niezdrowej atmosferze zainteresowania się dziecka wyłącznie życiem szpitalnem, 5) zainteresowanie się zabawką dziecka stwarza u lekarzy i pielęgniarek bezpośredniejsze i serdeczniejsze podejście do dzieci — odpowiednie zabawki powinny znajdować się w dostatecznej ilości w każdym szpitalu dziecięcym i posiadać w budżecie szpitalnym stałą pozycję.

Dr. J. Bogdanowicz

Pomoc w nagłych wypadkach

III.

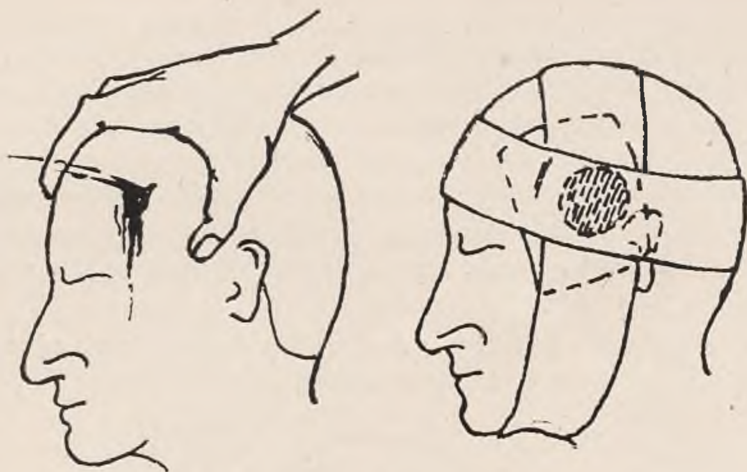
POSTĘPOWANIE PRZY KRWOTOKACH

(Ciąg dalszy)

Krwotoki zewnętrzne

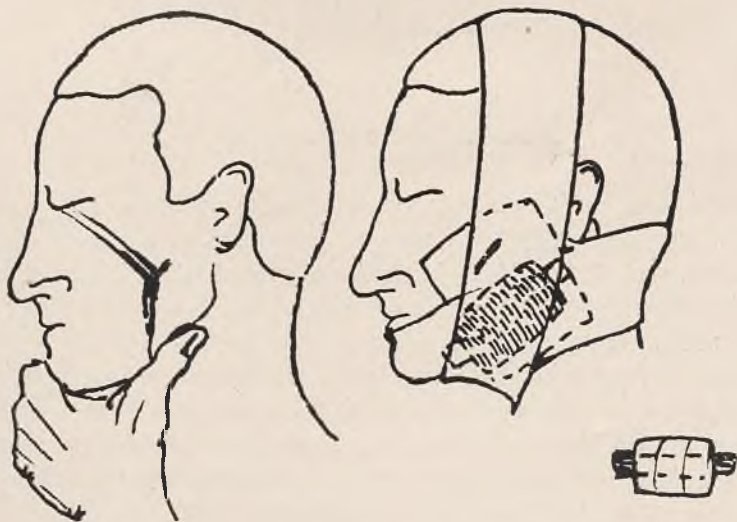
Rany głowy. — Krwawienia z ran czy to tłuczonych, czy ciętych owłosionej części głowy dadzą się zatrzymać zwykłym, bezpośrednim uciskiem. Twardy podkład kostny czaszki stwarza doskonałe warunki dla wykonania ucisku. Skóra wokoło rany winna być ogolona, zajodynowana, rana winna być przykryta jałową gazą i mocno przybandażowana.

Krwotoki tętnicy skroniowej i jej odgałęzień na czole można zatrzymać przez ucisk tętnicy na skroni, gdzie ją łatwo można wyczuć, zwłaszcza u osób starszych. (Ryc. 1). W czasie, gdy ratujący uciska silnie palcami tętnicę do kości skroniowej, pomocnik robi kulę dość twardą z waty lub ligniny oraz opatruje ranę. Kulę należy później mocno przybandażować, uciskając nią tętnicę na pewnej odległości od rany. (Ryc. 1 A). Podobny opatrunek robimy przy krwotokach z tętnicy potylicznej.



Ryc. 1 Tamowanie krwotoku z tętnicy skroniowej
Ryc. 1 A Opatrunek uciskowy

P r z y r a n a c h p o l i c z k a i w a r g, obficie krwawiących, należy ucisnąć tętnicę szczękową. (Ryc. 2). Przechodzi ona przez brzeg dolnej szczęki tuż u przedniego brzegu mięśnia żwacza. Ucisk palcami winien być zastąpiony przez pelotkę, którą robimy w następujący sposób: na mocne drewienko długości około 10 — 12 cm. nakręcamy pośrodku bandaż, tak, aby końce drewienka były wolne przynajmniej po 2 cm. Później przybandażowujemy pelotkę w ten sposób, że uciskamy jej wolne końce opaską. (Ryc. 2 A).



Ryc. 2 Ucisk tętnicy szczękowej
Ryc. 2 A Ucisk tętnicy szczękowej zapomocą pelotki

P r z y z r a n i e n i a c h p n i a t ę t n i c y ż u c h w o w e j z e w n ę t r z n e j, już pod brzegiem żuchwy, należy ucisnąć palcami tętnicę szyjną wspólną do wyrostka poprzecznego VI-tego kręgu szyjnego. Ucisk ten najlepiej wykonać dużym palcem, obejmując szyję całą dłonią, duży palec winien zachodzić za mięsień mostkowo-sutkowo-obojczykowy. Można również uciskać tętnicę czterema palcami, stojąc styłu chorego.

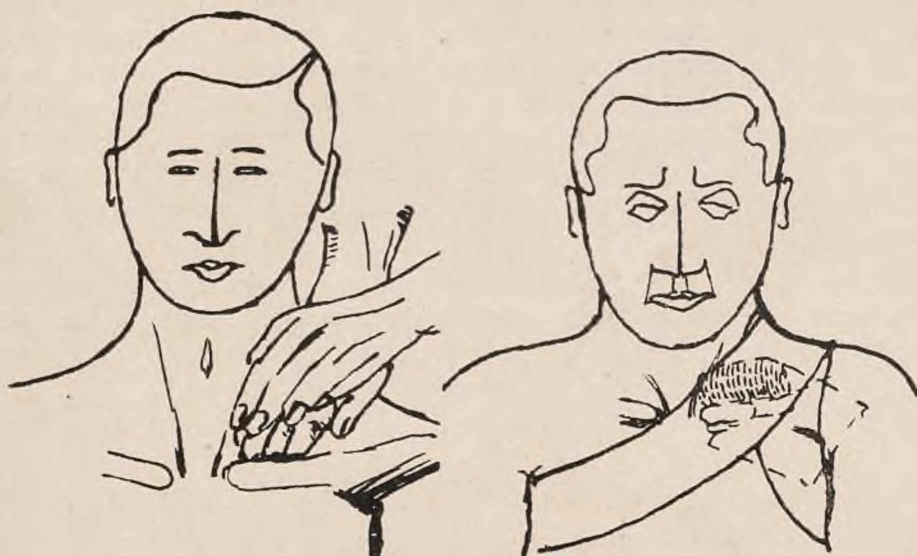
Założyć opatrunek uciskowy n a s z y j i jest dosyć trudno, ze względu na możliwy jednoczesny ucisk krtani. Usiłować jednak można przybandażować pelotkę w postaci kuli.

K r w o t o k z t ę t n i c y s z y j n e j z e w n ę t r z n e j i s z y j n e j w s p ó l n e j zatrzymuje się w podobny sposób. (Ryc. 3).



Ryc. 3 Tamowanie krwotoku z tętnicy szyjnej

K r w o t o k z t ę t n i c y p o d o b o j c z y k o w e j jest bardzo groźny i w krótkim czasie prowadzi do śmierci. Każda chwila zwłoki przy tych gwałtownych krwotokach jest nie do pomyślenia. Należy stanąć ztyłu chorego i końcami obu dłoni ucisnąć tętnicę do I-go żebra tuż za obojczykiem, zboku od przyczepu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego. (Ryc. 4). Ucisk ten jest specjalnie trudny u osób otyłych lub osób niespokojnych, i w tym wypadku należałoby zamienić palce opatrunkiem uciskowym w postaci pelotki. Bandaż, uciskający pelotkę w postaci kuli, musi przechodzić pod obie pachy. (Rys. 4 A). Trudności zwiększa jeszcze fakt, że chory taki mdleje i często opatrunek należy wykonać w leżącej pozycji chorego.



Ryc. 4 Ucisk przy krwotoku z tętnicy podobojczykowej
Ryc. 4 A Opatrunek uciskowy

Krwotoki z tętnic na klatce piersiowej, które mogą pochodzić z odgałęzień tętnic międzyżebrowych i tętnic sutkowych, zatrzymuje się zwykłym uciskiem.



Ryc. 5 Tamowanie krwotoku z tętnicy pachowej
Ryc. 5 A Opatrunek uciskowy

Krwotok z tętnicy pachowej w samym dole pachowym również jest trudny do opanowania. Można starać się ucisnąć tętnicę pod-

obojczykową, lub też ucisnąć tętnicę pachową. Należy w ostatnim przypadku unieść kończynę prostopadle do góry, a tętnicę czterema palcami ucisnąć do główki kości ramieniowej, ręka uciskająca powinna obejmować bark chorego. (Ryc. 5). Można również założyć kulistą pelotkę w dół pachowy i ucisnąć ją opaską gumową Esmarch'a, tak, aby guma również obejmowała bark. Trzeba jednak opaskę utrzymać bandażem, aby nie spadła z barku. Zakładamy w tym celu bandaż pod gumę i ściągamy w stronę zdrowego barku. (Ryc. 5 A).

Krwotoki z tętnicy ramieniowej dadzą zatrzymać się przez ucisk palcami w rowku mięśnia dwugłowego. Tętnicę uciska się czterema palcami, przyczem dłoń powinna obejmować mięsień dwugłowy lub, przy podniesionej kończynie, mięsień trójgłowy. (Ryc. 6). Ucisk ten łatwo zastąpić opaską Esmarch'a, która winna być założona *lege artis*



Ryc. 6 Tamowanie krwotoku z tętnicy ramieniowej

tuż pod przyczepem mięśnia trójkątnego, na uniesioną kończynę. Wszystkie krwotoki z tętnic leżących niżej, o ile nie dadzą się zatamować przez zwykły ucisk, winny być zatrzymywane opaską Esmarch'a, założoną w tem typowem dla górnej kończyny miejscu. *)

Tętnica łokciowa i międzykostna, jako leżące w dużej masie mięśni i ochronione kośćmi łokciową i promieniową, nie dadzą się ucisnąć bezpośrednio w miejscu zranienia, należy więc w tym wypadku założyć opaskę Esmarch'a lub też ucisnąć tętnicę ramieniową.

---

*) Patrz ryc. 2, 3 na str. 128, Pielęgniarka Polska Nr 6 1935 (Przyp. Red.).

Tętnica promieniowa łatwiej daje się ucisnąć w rowku między zewnętrznym brzegiem kości promieniowej a ścięgnem mięśnia zginacza garstka promieniowego *(flexor carpi radialis)* (Ryc. 7), jeżeli jednak uszkodzenie jest wyżej, należy w tym wypadku ucisnąć tętnicę ramieniową.

Przy skaleczeniu dłoni miewamy często krwotoki z tak zwanego łuku dłoniowego, który jest przedłużeniem tętnicy łokciowej i łączy się z tętnicą promieniową; miejsce przebiegu łuku odpowiada 2-ej składce dłoniowej. Zwykle udaje się zatrzymać ten krwotok bezpośrednim uciskiem na miejsce zranienia.

Krwawienia z palców nie bywają zwykle zbyt groźne, ponieważ tętnice na palcach posiadają już mały przekrój; doskonale tamujemy je zwykłym opatrunkiem uciskowym.



Ryc. 7 Ucisk tętnicy promieniowej

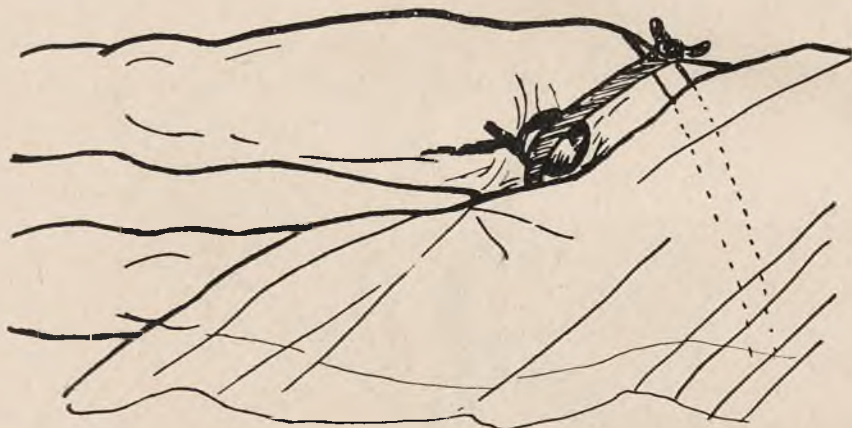
Należy pamiętać, że, przy wszystkich krwawieniach na kończynie górnej winien być dany temblak, aby chory, poruszając ręką, nie spowodował podniesienia ciśnienia krwi w kończynie, a tem samem — nowego krwotoku.

Przy krwotokach bardzo obfitych, z dużych naczyń, chory, po opatrunku, winien być ułożony z lekko opuszczoną głową, aby dać możność dopływu pozostałej w organiźmie krwi w dostatecznej ilości do mózgu.

Krwawienia z ran powierzchownych brzucha i okolicy lędźwiowej dadzą zatrzymać się zwykłym uciskowym opatrunkiem.

Przy uszkodzeniu tętnicy udowej tuż pod więzadłem pachwinowem mamy zwykle wielkie trudności z zatamowaniem krwotoku. Chorego powinno się najlepiej ułożyć na ziemi. Ratujący klęka, i oburącz, końcami palców, uciska tętnicę do kości. Ucisk powinien mieć kierunek od dołu ku górze i skośnie nazewnątrz. Zamiana rąk na opatrunek uciskowy wymaga od ratującego dużo sprytu. Można i tutaj zastosować pelotkę kulistą, uciskając ją opaską Esmarch'a; opaska winna być wtedy przeciągnięta za grzebień kości biodrowej i umocowana tak bandażem, aby nie zesunęła się. (Ryc. 8).

Krwotoki z tętnicy udowej, w tak zwanym trójkącie Scarp'y, dadzą się łatwo ucisnąć palcami do kości. Chory musi w leżącej pozycji nieco rozstawić i zgiąć nogi, ratujący klęka obok niego plecami do twarzy i oburącz, obejmując udo, kciukami uciska tętnicę. Zmiana na opatrunek uciskowy



Ryc. 8 Opatrunek uciskowy przy uszkodzeniu tętnicy udowej

nie jest trudna; nogę należy unieść ku górze i założyć opaskę Esmarch'a poniżej mięśnia pośladkowego dużego.

Wszystkie krwotoki z niżej leżących uszkodzeń tętnic nogi, winny być, o ile zwykłym uciskiem nie można ich zatrzymać, traktowane uciskiem tętnicy udowej.

Zranienia tętnicy podkolanowej trudne są do ucisku, ponieważ tętnica leży dość głęboko. Można jednak ucisnąć tętnicę przez nałożenie pelotki kulistej w dół podkolanowy, następnie należy mocno zgiąć nogę w kolanie i przywiązać zgięte podudzie do uda. (Ryc. 9). Pewniejszem jest jednak założenie na tętnicę udową opaski Esmarch'a.

Tętnice: piszczelowa przednia, tylna oraz tętnice międzykostne leżą bardzo głęboko i do ucisku się nie nadają. I w tym wypadku będziemy musieli zadowolić się uciskiem tętnicy udowej.

Krwotok z tętnicy grzbietowej stopy udaje się zatrzymać przez ucisk palcem na wewnętrznej stronie ścięgna m. rozginaczy palucha długiego. Również zwykłym, uciskowym opatrunkiem zatrzymuje się krwawienia z łuku podeszwowego oraz krwawienia z palców nogi.

We wszystkich krwawieniach z tętnic kończyny dolnej chory winien być równo położony, kończyna zaś uniesiona wysoko. Usiłowanie chodzenia może wywołać nowe krwawienie.

Krwawienia z żylaków. Na podudziach, często u kobiet, rzadziej u mężczyzn znajdujemy żylaki. W pewnym okresie tej choroby skóra



Ryc. 9 Opatrunek uciskowy przy zranieniu tętnicy podkolanowej

na żylakach bywa tak cienka, że najmniejszy uraz powoduje pęknięcie żylaka i, co za tem idzie, typowy krwotok żylny. Strumień krwi z żylaka może być bardzo wysoki, o ile osoba chora stoi lub siedzi. Chorego należy położyć oraz lekko ucisnąć krwawiące miejsce. Zakładanie opaski Esmarch'a jest tu więc zupełnie zbędne, a nawet przeciwwskazane, gdyż wystarczy niewielka niedokładność w założeniu opaski, a krwotok powiększy się znacznie z powodu zamknięcia odpływu krwi żylnej, przy niezupełnem zamknięciu dopływu krwi tętniczej.

W ratownictwie spotykamy się często z krwawieniami z krwawnic odbytu (hemoroidy); należy w tym wypadku założyć dużo gazy i waty między pośladki i mocno przycisnąć podpaską.

Duży kłopot mamy z krwawieniami z narządów rodnych u mężczyzn. Skaleczenia ciał jamistych prącia dają bardzo silne krwotoki, które tamujemy silnem obandażowaniem prącia oraz ułożeniem chorego. Rany worka mosznowego tamujemy zwykłym, uciskowym opatrunkiem. W przypadkach tych wskazane jest położenie na opatrunek worka z lodem.

Krwotoki z zewnętrznych narządów rodnych kobiecych dają się zatamować zwykłym, uciskowym opatrunkiem przez podciągnięcie wysoko ku górze opaski.

Krwotoki z nosa pochodzenia urazowego nietrudno zazwyczaj opanować. Założenie do nosa suchej lub nieco zwilżonej wodą utlenioną gazy wystarcza do zatamowania krwotoku. Można również położyć na nos zimny okład.

Krwotoki z nosa pochodzenia nieurazowego sprawiają czasami ratującemu wiele kłopotu. Przyczynami tych krwotoków bywają:

1) niedomoga mięśnia sercowego,
2) miażdżyca tętnic z wysokiem ciśnieniem krwi,
3) choroby nerek z nadciśnieniem tętniczem,
4) przyczyny związane z okresem przekwitania u kobiet w zastępstwie niezjawiającego się miesiączkowania,
5) pewne choroby samego nosa,
6) choroby krwi jak: białaczka lub krwawiączka.

W przypadkach krwawień z powodu niedomogi mięśnia sercowego należy chorego położyć, zatamponować nos, położyć na nos zimny okład, można dać również lekki środek nasercowy np. nalewkę konwalji z walerjaną. W przypadkach krwawienia z nosa przy nadciśnieniu bądź to pochodzenia miażdżycowego, bądź przy chorobie nerek, należy nos zatamponować, chorego posadzić, szyję uwolnić od wszelkiego ucisku, położyć na nos i na kark zimny okład. Podawanie jakichkolwiek środków nasercowych, nawet kawy, mogłoby tylko zaszkodzić choremu. Identyczne postępowanie jest przy krwotokach z nosa, pojawiających się w zastępstwie krwawień miesiączkowych. Najwięcej kłopotu sprawiają krwotoki z nosa spowodowane chorobą samego nosa lub też chorobą krwi; czasem żaden ze stosowanych przez nas zabiegów nie daje pożądanego rezultatu i zmuszeni jesteśmy odstawić chorego do szpitala.

Po usunięciu zebów, spotykamy się często z długotrwałemi krwawieniami z zębodołów. Zalecamy choremu trzymać zgryziony mocno kawałek gazy, ułożony na krwawiącem miejscu. Czasem jednak — zdarza się to szczególniej przy równoczesnej chorobie krwi — opatrunek taki nie wystarcza; w wypadku tym odstawiamy chorego do szpitala lub zasięgamy porady lekarza.

Krwotoki z ran języka, początkowo bardzo obfite, zwykle ustają same, o ile chory nie wysysa krwi, co czyni często bezwiednie. Można w celu przyśpieszenia zatrzymania się takiego krwotoku, nałożyć do ust obficie gazy i polecić choremu przyciskać ją językiem do zębów lub do podniebienia.

Rany śluzówki ust i gardzieli zwykle niewiele kwawią i opatrunku nie wymagają.

Krwotoki mieszane

Krwotoki płucne w większości wypadków mają swą przyczynę w gruźlicy płuc. Do dnia dzisiejszego nie mamy żadnego pewnego środka, któryby mógł zatrzymać taki krwotok.

Chorym z krwotokiem płucnym należy się odrazu pieczołowicie zająć. Chory, widząc że go ratują, prędko się uspokaja, zaczyna wierzyć, że zostanie uratowany; zasugerowany, nie tak często kaszle, co wpływa dodatnio na przebieg krwotoku.

Ze środków domowych podajemy do łykania kulki z lodu lub ze śniegu, dajemy do popijania zimną, kwaśną lemoniadę lub mocno słoną wodę.

Ze środków farmakologicznych dawniej używano ergotyny, pochodnej sporyszu, dziś, po szczegółowych badaniach klinicznych, stwierdzono, że stosowanie ergotyny nie ma uzasadnienia, a zresztą nie daje efektów. Podawanie żelatyny lub roztworu wapna również zostało zarzucone, gdyż przekonano się, że krzepliwość krwi u gruźlików często i tak bywa wzmożona, a poza tem i w tym wypadku nie spostrzegano takich efektów, któreby można środkom tym przypisać. W ostatnich czasach próbują stosować pituglandol (wyciąg z przysadki mózgowej) w zastrzykach podskórnych; czy jednak środek ten okaże się lepszym od dotychczas stosowanych, trudno jest dziś przewidzieć.

Ze środków, działających pośrednio, stosuje się środki uśmierzające odruch kaszlowy, a więc morfinę, kodeinę podskórnie lub w zastrzykach.

Zdając sobie sprawę z ograniczonej możności ratownictwa przy krwotokach płucnych, zawsze będziemy mieli na uwadze, po zastosowaniu środków domowych, o ile krwotok nie ustaje, wezwanie lekarza, który zajmie się chorym. Z naszej strony będziemy głównie dbali, aby chory leżał spokojnie, by nikt go nie denerwował oraz będziemy starali się odwrócić jego uwagę od myśli o chorobie.

Krwotoki żołądkowe mają swą przyczynę najczęściej w chorobie wrzodowej żołądka lub jelit lub w nowotworach złośliwych. Chorzy zwykle wymiotują znaczną ilość krwi koloru fusów kawowych, które to zabarwienie powstaje naskutek zadziałania kwasu solnego, znajdującego się w żołądku, na hemoglobinę.

Pomoc doraźna w krwotoku żołądkowym jest bardzo ograniczona. W pierwszym rzędzie staramy się uspokoić chorego, układamy go i pozostawiamy w spokoju. Podawanie lodu do łykania nie ma uzasadnienia i lepiej nic nie dawać do picia. Z farmakologicznych środków stosują wstrzykiwania 10% roztworu soli kuchennej w ilości 10 cm. sześć. dożylnie, zastrzyk taki można powtórzyć 3 razy dziennie. Najlepszym jednak środkiem okazało się przetaczanie krwi osobnika zdrowego, dlatego też chorego, któremu w krótkim czasie krwotok żołądkowy sam nie ustaje, należy przewieźć do dalszego leczenia do szpitala.

Kilka słów chciałbym poświęcić krwotokom z narządów rodnych kobiecych nieurazowego pochodzenia.

W pierwszym okresie porodu spotykamy się często z groźnym krwotokiem, którego przyczyną bywa przodujące łożysko. W wypadku tym za każdym bólem otwiera się szyjka macicy, co powoduje odklejanie się samego łożyska i wylewanie się krwi z szeroko otwartych i ziejących do szyjki macicy naczyń. W wypadku tym należy bezwzględnie, jak najprędzej wezwać lekarza, gdyż tylko lekarz ma prawo włożyć rękę do macicy i dokonać obrotu. W warunkach wypadku, personel nielekarski może tylko próbować zatamponować pochwę jałową gazą lub bandażem.

Równie groźne krwotoki miewamy z powodu nieodchodzenia łożyska po urodzeniu się dziecka. I w tym wypadku tylko lekarz ma prawo do ręcznej interwencji. W warunkach wypadku możemy tylko lekko masować macicę ręką przez powłoki brzuszne, a i ten zabieg należy wykonywać ostrożnie, aby nie wynicować macicy. Pociąganie za wiszącą pępowinę jest niedopuszczalne.

Skoro w ciągu 20 - 30 minut łożysko, mimo drażnienia macicy przez masowanie, samo nie odchodzi, należy chorą przewieźć do szpitala lub wezwać lekarza, który usunie łożysko ręcznie lub wyciśnie sposobem Créde'go.

Nie należy w tym wypadku wstrzykiwać ergotyny lub podawać w ten czy inny sposób sporysz, gdyż podanie tych środków, zanim macica nie zostanie opróżniona, spowoduje nowe trudności w odejściu łożyska, przez obkurczenie się szyjki macicy. Lekarz, wezwany do usunięcia ręcznego, miałby wiele kłopotu z dostaniem się do macicy, gdyż ręka jego musiałaby pokonywać opór zwężonej przez sporysz lub ergotynę, szyjki.

Nierzadko również spotykamy się z krwotokami po odejściu łożyska naskutek niedowładu (atonji) macicy; w tym ostatnim wypadku krwotoki bywają szczególniej groźne, to też poświęcę im kilka uwag.

Wskutek niedowładu, mięsień macicy nie kurczy się zupełnie, to też cała jego wewnętrzna powierzchnia stanowi jedną, olbrzymią ranę, gdyż otwarte naczynia zieją wprost do jamy macicy. Celem pomocy będzie doprowadzenie do skurczu macicy, przez co osiągnie się ucisk na otwarte naczynia.

Najstarszym i jednocześnie do dnia dzisiejszego niezastąpionym środkiem jest sporysz i jego preparaty. Podajemy 0,5 sporyszu i wstrzykujemy jednocześnie jedną lub dwie ampułki ergotyny, jednocześnie staramy się drażnić mięsień macicy przez masowanie jego dna, pamiętając, że nie należy robić tego zbyt gwałtownie, aby nie wynicować macicy.

Gdy jednak gwałtowny krwotok nie ustaje, a przybycie lekarza jest opóźnione, decydujemy się założyć tak zwaną opaskę Momburg'a. Zakładamy ją w sposób następujący: chorą, leżącą z nisko opuszczoną głową, przewiązujemy w pasie mocnem, zwiniętem prześcieradłem, przesuwamy pod tę opaskę kawałek drążka i zaczynamy skręcać go powoli tak mocno, aby uzyskać ucisk na tętnicę brzuszną, która przestanie wówczas dostarczać krwi do naczyń macicy i krwotok zmniejszy się albo czasowo ustanie. Przed założeniem opaski Momburg'a, należy nogi chorej unieść wysoko, aby krew z dolnych kończyn przeszła do górnej połowy ciała, przez co uzyskamy większą ilość krwi dla odżywienia ważnych ośrodków mózgowych. Niektórzy autorzy proponują w tym celu bandażować obie kończyny dolne, poczynając od palców aż do pachwiny, aby dokładniej wycisnąć krew; zabieg ten nosi nazwę autotransfuzji.

Zabieg Momburg'a jest zabiegiem dość brutalnym, dlatego też stosowanie jego usprawiedliwione być może tylko groźnemi dla życia chorej objawami, w czasie nieobecności lekarza.

(Ciąg dalszy nastąpi)

Dr. August Jokiel

O udziale kobiet w obronie przeciwlotniczo-gazowej

Pielęgniarka polska jest przygotowana do przyszłej wojny lotniczo-gazowej, umie się bronić sama i umie ratować innych. Dlatego też Komitet Ścisły Kół Kobiecych LOPP. zamieszcza ten artykuł w „Pielęgniarce Polskiej" nie dla informacji Pań Pielęgniarek, ale poto, aby dostarczyć im materjału do propagowania idei udziału kobiet w OPLG. Pielęgniarka dociera do wszystkich warstw społeczeństwa, jeżeli zatem zechce przyczynić się do przygotowania kobiet polskich na wypadek wojny lotniczo-gazowej, znajdzie w tym artykule w skrócie wszystko, co należy powiedzieć na ten temat.

Obraz wojny

Rozwój techniki sprawił, że przyszła wojna będzie niewątpliwie lotniczo-gazowa. Wojna lotniczo-gazowa będzie miała parę cech charakterystycznych, w dotychczasowej technice wojennej niespotykanych.

Nowe cechy

Pierwszą cechą przyszłej wojny będzie zaskoczenie. To znaczy, że wybuch wojny prawdopodobnie nie będzie poprzedzony długiemi debatami politycznemi, ale że wojna rozpocznie się odrazu od nalotu nieprzyjaciel-

skiego. Drugą cechą, spowodowaną szybkością i zasięgiem samolotów, będzie rozszerzenie linji frontu na cały obszar kraju, a co za tem idzie, wciągnięcie w niebezpieczeństwo wojny, w konieczność walki i obrony całej ludności cywilnej.

Nowe metody obrony

Cecha pierwsza, zaskoczenie, stwarza konieczność przygotowania się zgóry do ewentualnej wojny. Cała obrona musi być przygotowana w czasie pokoju, a nie wówczas dopiero, kiedy niebezpieczeństwo utrudni wszelkie działanie. Dlatego wszystkie kraje organizują się już od wielu lat. U nas zadanie to spełnia Liga Obrony Przeciwlotniczej i Przeciwgazowej.

Druga cecha, niebezpieczeństwo dla całej ludności cywilnej, stworzyła konieczność zorganizowania t. zw. obrony przeciwlotniczo - gazowej biernej, w odróżnieniu od czynnej, którą stanowi lotnictwo, artylerja przeciwlotnicza i t. p. formacje wojskowe.

Przygotowanie rzeczowe

OPLG. bierna ma dwa zadania. Jedno, to przygotowanie schronów, zmontowanie całej olbrzymiej organizacji obrony na terenie kraju (co musi być robione wspólnie z władzami administracyjnemi), wyszkolenie i wyposażenie w odpowiedni sprzęt jak największej liczby oddziałów obrony, oraz uświadomienie całej ludności, jak się ma zachować w czasie ataku lotniczo-gazowego.

Przygotowanie psychiczne

Żołnierz ćwiczy się parę lat. Co pewien czas, krótkie ćwiczenia przypominają mu jego wojenną gotowość. Oprócz obchodzenia się z bronią, wojsko wpaja weń pewne cechy psychiczne, które są konieczne, aby w chwili niebezpieczeństwa nie rzucił wszystkiego w popłochu, nie poddał się panice i nie narobił zamętu. Od zachowania się żołnierza w oddziale zależy sprawność armji. Od zachowania się każdego obywatela podczas ataku lotniczo-gazowego zależeć będzie sprawność i skuteczność obrony przeciwlotniczo-gazowej. Niedopuszczalny jest podczas ataku brak karności wśród mieszkańców zagrożonego osiedla, a panika, szerzenie fałszywych wiadomości, mogą wywołać skutki gorsze, od gazów trujących. Dlatego też drugiem zadaniem OPLG. biernej jest odpowiednie nastawienie psychiczne obywateli. Nie wystarczy obznajmić obywatela z maską, schronami, z organizacją i przepisami. Trzeba go jeszcze wychować, nauczyć karności, uświadomić mu jego odpowiedzialność za całość obrony.

Rola kobiet

Podczas wojny kobieta sama zostanie w domu. Odpowiedzialność za ten dom, za bezpieczeństwo dzieci, rodziny, za żywność, odzież i spoczynek spadnie na kobietę. Jeśli kobieta dziś już, zaraz, nie przygotuje siebie i domu do obrony, nikt nie zrobi tego za nią. A w czasie niebezpieczeństwa na przygotowanie będzie za późno. Opiekę i bezpieczne schronienie znajdzie ten, kto się zawczasu, w czasie pokoju, przyłączył do wielkiej organizacji obrony. Rolą LOPP. jest dotrzeć do wszystkich z propagandą, nakłonić wszystkich do szkolenia się na kursach dla ludności cywilnej. Przeszkoleni przez LOPP. wiedzą, jak się zachować w czasie wojny i co przygotować w czasie pokoju. Ale LOPP. nie może wdzierać się do domów prywatnych

i wyręczać gospodynie w przygotowaniu tych domów do obrony. Może co najwyżej uczyć, nawoływać, skłaniać przepisami i kontrolować. Ale zadanie obrony domu rodzinnego — to zadanie kobiety.

Odpowiedzialność kobiety za dom i rodzinę

Od kobiety zależeć będzie, czy jej dom stanie się prawdziwą twierdzą przed gazami trującemi, czy w domu nie zabraknie pożywienia. Jeśli kobieta zaniedba przygotowania się do tego wielkiego zadania, na nią jedynie spadnie odpowiedzialność za życie dzieci i rodziny.

Odpowiedzialność społeczna

Przez nieprzygotowanie swoje kobieta może wywołać zamieszanie i popłoch w okolicznych ośrodkach obrony. Oprócz tego fatalne mogą być skutki niepokoju żołnierza na froncie o rodzinę, pozostałą w głębi kraju. Bodźcem dla żołnierza jest poczucie, że trudem swym osłania dom i rodzinę. Bodziec ten będzie już przez wojnę nowego typu częściowo osłabiony, niechże żołnierzowi zostanie przynajmniej przeświadczenie, że kobiety, pozostawione w domu, przygotowały dom do obrony, że obronić się potrafią. Świadomość ta pomoże mu znosić okropności wojny, ale gdy tej pewności zabraknie, żołnierz może się załamać.

Zatem od przygotowania się kobiety zależeć będzie nietylko życie najbliższych i całość mienia, ale całość obrony wnętrza kraju a także spokój walczącego żołnierza.

Psychiczne przygotowanie do obrony

Kobieta, która uświadomi sobie tę wielką odpowiedzialność, napewno zechce się przygotować do obrony.

Przygotowanie to musi mieć podwójny charakter, tak, jak przygotowanie całokształtu obrony przeciwlotniczo-gazowej. Kobieta musi się wziąć w karby, musi wyrobić w sobie szybką orjentację, spokój i karność. W czasie ataku nie może tracić głowy, ani marudzić. Na wszelkie rozporządzenia władz musi reagować szybko i karnie. Inaczej, zamiast być pomocą, stanie się elementem destrukcyjnym. Nic jej wtedy nie obroni, może ściągnąć na siebie i swoich wielkie nieszczęście, bo władze OPLG. będą miały i tak nadmiar roboty z takimi, których rzeczywiście trzeba ratować i trudno im będzie nieść pomoc wszystkim niedołęgom i zdezorjentowanym. Codzienna, świadoma praca może rozwinąć nadzwyczajnie karność, stanowczość, opanowanie i szybką orjentację. Cechy te podczas ataku gazowego będą konieczne, a pożądane są stale zarówno w domu, jak w pracy zawodowej.

Szkolenie się w OPLG.

Spokój wobec okropności nalotu nieprzyjacielskiego zachować można tylko wówczas, kiedy się zna technikę obrony. Dlatego nie powinno być w kraju kobiety nie uświadomionej o obronie. Kto tylko może, powinien się przeszkolić na kursach, urządzanych przez LOPP. Kursy te, nawet najbardziej elementarne, dają kobiecie podstawowe wiadomości o obronie własnej i ratowaniu innych.

Obrona domu rodzinnego na kursach, organizowanych przez Koła Kobiece LOPP.

Szczególnie kursy, organizowane za staraniem Kół Kobiecych LOPP. specjalnie dla kobiet, uwzględniają całokształt obrony domu rodzinnego.

Oprócz samej techniki, kursy te dają też kobiecie właściwe nastawienie psychiczne, wskazują kogo należy słuchać podczas ataku, jak unikać nieraz rozmyślnie rozsiewanej paniki.

Aktualność metod OPLG.

Wiele osób odkłada szkolenie się, motywując to ciągłym rozwojem techniki gazowej i tem, że obecne metody obrony mogą być za parę lat zupełnie nieaktualne. Pogląd ten jest fałszywy. Nowe gazy trujące mogą być wynalezione, ale wiedza chemiczna stoi już dziś tak wysoko, że wiadomo zgóry z jakich grup chemicznych mogą się one składać i że wynalazki te będą się obracać koło dziś już używanych trucizn, że będą tylko ich odmianami. Zatem i odmiany w ratowaniu będą niewielkie, a metody leczenia i odkażania nie zmienią się zasadniczo. Także sposoby uszczelnienia nie mogą się zmieniać gruntownie w miarę wynajdowania nowych gazów. Żadnych wielkich rewelacyj nie należy się spodziewać. Pamiętać trzeba o tem, że w laboratorjach i fabrykach chemicznych uszczelnienie aparatów jest rzeczą codzienną i że, mimo różnorodności preparatów, metody ochraniania pracowników są prawie zawsze te same. Jeśli zatem dziś nauczymy się techniki obrony, to w razie wojny będziemy przygotowani, i co najwyżej douczymy się tylko jakichś dodatkowych szczegółów.

Zadanie w czasie pokoju: urządzenie domu

Po wysłuchaniu kursu, zadaniem kobiety powinno być urządzenie domu na wypadek ataku, ściśle według wskazań, których się właśnie nauczyła. Po trochu powinna gromadzić materjał, urządzać pomieszczenia uszczelnione, myśleć o zabezpieczeniu żywności, wody, odzieży.

Propaganda

Każda przeszkolona kobieta powinna także całe swoje otoczenie nakłonić do przejścia kursu, a tych, którzy tego zrobić nie mogą, nauczyć tego, co umie sama. Powinna prostować wszystkie fałszywe poglądy otoczenia, zbytniemu optymizmowi przeciwstawić oczywistość i nieuchronność niebezpieczeństwa dla nieprzygotowanych do obrony, zbytniemu pesymizmowi — wiadomości swoje o prostocie techniki obrony. Jednem słowem zadaniem kobiet uświadomionych jest również szeroka propaganda hasła LOPP.: zorganizowanym i przygotowanym do obrony nic grozić nie będzie.

Wyroby krajowe

Oprócz przygotowania siebie i domu, oprócz propagandy, ma kobieta podczas pokoju jeszcze jedno zadanie: popieranie wyrobów krajowych. Przemysł chemiczny, metalurgiczny, czy elektryczny, to przemysł, który z łatwością może się stać przemysłem wojennym. Każde laboratorjum, czy fabryka chemiczna, mydeł, lekarstw, kosmetyków, może przy niewielkiej zmianie produkować gazy trujące, tak jak przemysł żelazny — armaty i karabiny. Idąc dalej pamiętajmy, że tkaniny zagraniczne są farbowane w zagranicznych farbiarniach, a farbiarnie — to wspaniałe warsztaty do wyrobu wojennego materjału. Każdy zatem przedmiot zagraniczny, kupiony przez nas, to uszczuplenie przemysłu własnego i grosz dany na obcy przemysł wojenny. A to, co mamy w kraju z kosmetyki, lekarstw, tkanin i t. p. jest bardzo dobre i nic nas nie upoważnia do szukania wyrobów obcych.

Zadanie Kół Kobiecych LOPP.

Żeby to, co zostało powiedziane tutaj, dotarło do wszystkich kobiet w Polsce — jest zadaniem Kół kobiecych LOPP. Jeśli to uświadomienie dotrze wszędzie, to zostanie spełniona kolosalna praca. A sprawa jest pilna, niecierpiąca zwłoki, a trudności wielkie. Największą trudność stanowi to, że w kraju naszym są całe rzesze kobiet niezorganizowanych, które są zapracowane w domu i nie reagują na przejawy życia zbiorowego. Dotrzeć do nich można tylko pośrednią drogą, przez bardzo sprytnie obmyśloną propagandę. Tu otwiera się pole inicjatywy i pracy poszczególnych Kół Kobiecych. Tylko koło miejscowe może wybrać właściwe metody zainteresowania kobiet w znanym sobie terenie.

Wtedy, kiedy uświadomione będą w kraju wszystkie matki, opiekunki, gospodynie, Koła Kobiece spełnią pierwszą dopiero, ale zarazem najważniejszą część swego zadania. Do tego spełnienia jest jeszcze daleko.

Organizowanie się kobiet w OPLG. nie jest żadnym wymysłem. Niemcy, Sowiety, Włosi poprostu powołują kobiety do służby w oddziałach OPLG., tak jak mężczyzn do wojska. Anglja, Francja, Szwajcarja, Stany Zjednoczone, Japonja, wszyscy, posiadają już kadry kobiet wyszkolone i zarejestrowane, jako drużyny OPLG. Niechże u nas takich szeregów nie zbraknie!

Pamiętać trzeba, że jeśli kraj nasz będzie dobrze przygotowany, jeśli ludność będzie karna i zorganizowana, zmniejszy się przez to szansa napadu nieprzyjacielskiego. Prowadzenie wojny lotniczo - gazowej jest niesłychanie kosztowne i opłacić się może tylko tam, gdzie będzie mogło wywołać skutki w postaci paniki i upadku odporności w narodzie. Gdzie naród zachowa spokój mimo szkód i gdzie szkody te zmniejszy przez właściwe zachowanie, tam nie będą się opłacały napady lotnicze.

Wszystkie Polki powinny zatem być przygotowane do OPLG. w imię drogiej każdej kobiecie idei — jak najdłuższego utrzymania pokoju.

A. Solska

Pielęgniarstwo zagranicą

Powodem zniknięcia z „Pielęgniarki Polskiej" działu, poświęconego pielęgniarstwu zagranicznemu, była długa przerwa w wydawnictwie „Międzynarodowego Przeglądu Pielęgniarskiego". Stosunkowo niedawno ukazał się rocznik 1933 oraz rocznik 1934. Obecnie wznawiamy dział, który, jak sądzimy, po dawnemu interesować będzie naszych Czytelników.

Redakcja

O ZDROWIE PIELĘGNIAREK

W związku ze złym stanem zdrowia pielęgniarek w Norwegji, Uniwersytecki Zakład Higjeny w Oslo podjął w lipcu 1932 roku szczegółowe i wszechstronne badania uczennic szkół pielęgniarstwa. Badania zamierzono na trzy lata, t. j. cały okres trwania kursu szkolnego. Rezultaty z r. 1932/33, ogłoszono w Międzynarodowym Przeglądzie Pielęgniar-

stwa (rocznik 1934, Borgny Seland: Ankieta Uniwersyteckiego Zakładu Higjeny w Oslo o stanie zdrowia uczennic szkół pielęgniarstwa), nie pozwalają jeszcze na wysunięcie ogólniejszych wniosków. Stan zdrowia uczennic był zadowalniający. Pewne wahania dały się zauważyć po okresie wstępnym, t. j. w początkach pracy szpitalnej, wahania te jednak ustępowały po paru miesiącach.

Jaki będzie, według ostatecznych rezultatów ankiety, stan zdrowia młodych absolwentek? Oczekiwać należy rozciągnięcia ankiety na absolwentki szkół w okresie przynajmniej kilkoletnim ich samodzielnej pracy. Wtedy dopiero będzie się można doszukać przyczyny częstych zachorowań pielęgniarek.

PIELĘGNIARKA SPOŁECZNA W STANACH ZJEDNOCZONYCH

P. Rosabella Jacobus, dyrektorka pierwszej organizacji pielęgniarek społecznych w Stanach Zjednoczonych w Worcester, opowiada w zabawnym wierszu, umieszczonym w roczniku 1934 Międzynarodowego Przeglądu Pielęgniarskiego, dzieje pielęgniarki społecznej w Stanach w ostatniem czterdziestoleciu.

W roku 1890 chorzy pielęgnowani byli równie dobrze, jak i dziś, zato pielęgniarki miały więcej czasu na wysłuchiwanie ich żalów. Dla rejestracji wystarczał zwyczajny notes, w którym zapisywano imię, nazwisko, adres i diagnozę chorego. Potem jednak przydzielono pielęgniarkom inspektorkę, której włosy stanęły dębem z przerażenia, że brak dokładnych raportów, więc powstał cały system kart...

Pielęgniarki, od których dotąd nie wymagano mundurów, ubrano w sztywne, długie suknie, o kilku metrach obwodu. Torby były ciężkie od wszelkiego rodzaju leków, które pielęgniarki stosowały w równej ilości, co lekarze.

Zmieniły się czasy: mundury skróciły się, zmieniły, torby stały się lekkie, bo lekarstw na własną rękę stosować nie wolno; praca poszła w kierunku profilaktyki społecznej, poparły ją ubezpieczalnie. Zaczęto kłaść większy nacisk na zasady samej pracy, niż na sprawozdania, określono liczbę godzin pracy, zorganizowano kursy, stowarzyszenia i t. d.

Autorka podaje na końcu 32 przykazania pielęgniarki społecznej. Posłuchajmy niektórych z nich:

Nie zapominaj, że ludzie nie spostrzegają błędów, bijących obcym w oczy!

Pamiętaj, że jesteś odpowiedzialna za zdrowie każdego członka powierzonej ci rodziny przez cały czas, w którym roztaczasz nad nią opiekę!

Nigdy nie stawiaj pytań zbytecznych!

Nigdy nikogo nie krytykuj wobec chorego i jego rodziny, a zwłaszcza nie krytykuj lekarza!

Nigdy nie okazuj pośpiechu!

Nie zapominaj, że każdy jest panem w swoim własnym domu.

Pamiętaj, że jesteś gościem rodziny, że przestąpiłaś próg jej mieszkania, dzięki zezwoleniu i uprzejmości gospodarza!

JAK ZAPRAWIAĆ UCZENNICE DO SAMODZIELNEJ PRACY?

W roczniku 1934 Międzynarodowego Przeglądu Pielęgniarskiego, p. E. R. Tabolárowa podaje sprawozdanie z państwowej dwuletniej szkoły

pielęgniarstwa w Pradze. Ponieważ kurs wstępny trwa 4 miesiące, a na wakacje również przypadają 4 miesiące, przeto na praktykę pozostaje — przy „wspólnym“ systemie praktyki i teorji — 16 miesięcy. W ciągu tych 16-tu miesięcy uczennice mają pracę niezmiernie urozmaiconą, pracują bowiem:

na oddziale chorób wewnętrznych	70 dni
na oddziale chorób chirurgicznych	70 „
na oddziale ginekologicznym	63 „
na oddziale położniczym	35 „
na oddziale dziecięcym	35 „
na oddziale chorób skórnych i wenerycznych . . .	21 „
na oddziale chorób ocznych	21 „
na oddziale laryngologicznym	21 „
w pielęgniarstwie społecznem	42 „
w kuchni dietetycznej i mlecznej	22 „

Autorka stwierdza, że czas praktyki uczennic na poszczególnych oddziałach jest z konieczności za krótki.

Dlatego należałoby, jej zdaniem, dodać jeszcze jeden, trzeci rok samodzielnej pracy.

Byłoby najlepiej, aby każda uczennica, po zdaniu egzaminu państwowego przy końcu drugiego roku studjów, udała się do któregoś ze szpitali prowincjonalnych, i tam, pod kontrolą przełożonej pielęgniarek, zaprawiała się do samodzielnej pracy. Musiałaby mieszkać w home'ie pielęgniarskim. Przełożona pielęgniarek powinna być jednak, w porozumieniu z lekarzem naczelnym, mianowana przez szkołę, z którą pozostawałaby w ścisłym kontakcie.

W ten sposób trzeci rok studjów stanowiłby przejście między pracą niesamodzielną a samodzielną. Dopiero po tym trzecim, pomyślnie zakończonym „roku próby“ uczennica mogłaby otrzymać dyplom.

Autorka zaznacza, że do tej pory plan ten nie może być zrealizowany, ponieważ ani jeden szpital prowincjonalny nie posiada jeszcze prawdziwie wykwalifikowanego personelu. Wprowadzenie w czyn tego projektu napotkałoby również na trudności finansowe, gdyż uczennica musiałaby w owym trzecim roku pobierać wynagrodzenie, a przełożona powinna być wynagradzana odpowiednio do swego odpowiedzialnego stanowiska.

Widzimy, że nietylko u nas w Polsce stwierdza się często brak przygotowania młodych absolwentek do samodzielnej pracy.

Nieraz się zdarza, że uczennica, która doskonale wywiązywała się ze swoich obowiązków w szkole, jako absolwentka zawodzi pokładane w niej nadzieje, nie mogąc podołać pracy samodzielnej, w całem tego słowa znaczeniu — odpowiedzialnej. Zdają sobie z tego sprawę zarówno kierownictwa szkół, jak pielęgniarki na stanowiskach naczelnych (inspektorki i t. d.) i — same młode absolwentki.

Byłoby niezmiernie pożądanem, aby to wzięła pod uwagę komisja wychowawcza P. S. P. Z.!

A może zająłby się tą sprawą bliski Walny Zjazd? *H. C.*

Świadczenia na wypadek choroby udzielane przez Ubezpieczalnie Społeczne

Komunikat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie

Wobec niedostatecznego uświadomienia ogółu pracowników o uprawnieniach w dziedzinie ubezpieczenia na wypadek choroby, wyjaśniamy poniżej, w jakich warunkach i z jakich świadczeń chorobowych korzystają ubezpieczeni i członkowie ich rodzin.

Ubezpieczony ma prawo do pomocy leczniczej z Ubezpieczalni od dnia faktycznego rozpoczęcia pracy. Pomoc lecznicza może być udzielana ubezpieczonemu najdłużej w ciągu 26 tygodni w poszczególnym wypadku choroby. Po wyczerpaniu tego okresu, ubezpieczony otrzymuje pomoc leczniczą tylko w wypadku, gdy zapadnie na inną chorobę.

Prawo ubezpieczonego do korzystania z pomocy leczniczej zasadniczo ustaje z dniem rozwiązania stosunku pracy. Jeżeli jednak ubezpieczony zachorował i zaczął korzystać ze świadczeń przed utratą pracy, ma prawo do dalszego leczenia na tę samą chorobę, aż do całkowitego wyzyskania prawa do świadczeń. Jeśli zaś ubezpieczony zachoruje po zwolnieniu z pracy, zachowuje prawo do pomocy leczniczej w razie:

a) jeśli wypadek choroby zajdzie w ciągu 3-ech tygodni po zwolnieniu z pracy, a ubezpieczony przed zwolnieniem z pracy przebył w ubezpieczeniu ostatnio conajmniej 10 tygodni, lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy — conajmniej 30 tygodni. Ubezpieczony ma wówczas prawo do pomocy leczniczej przez czas nie dłuższy, niż 13 tygodni;

b) jeśli wypadek choroby o dłuższym okresie wylęgania zajdzie w ciągu 4-ech tygodni od dnia zwolnienia z pracy. Ubezpieczony ma wówczas prawo do pomocy leczniczej w pełnym zakresie przez 26 tygodni.

Ubezpieczonej w razie połogu przysługuje bezpłatna pomoc lecznicza i położnicza przed, w czasie i po porodzie. Pomoc ta przysługuje również po zwolnieniu z pracy, jeżeli ubezpieczona przebyła w ubezpieczeniu przynajmniej 4 miesiące, a poród nastąpił w ciągu 4-ech tygodni od dnia zwolnienia z pracy.

Pomoc lecznicza przysługuje członkom rodzin w ciągu 13 tygodni w każdym roku kalendarzowym niezależnie od ilości zachorowań. W razie zachorowania na chorobę ostrą, okres pomocy leczniczej winien być przedłużony o nowych 13 tygodni. Prawo członka rodziny do pomocy leczniczej wygasa z dniem utraty pracy przez ubezpieczonego. Jedynie w wypadku, gdy członek rodziny rozpoczął leczenie przed zwolnieniem z pracy ubezpieczonego, pomocy leczniczej na tę samą chorobę należy mu udzielać nadal i po zwolnieniu z pracy ubezpieczonego aż do czasu wyczerpania przez chorego 13 tygodniowego okresu świadczeń.

Osobom, których obowiązkowe ubezpieczenie ustało, a które, chcąc nadal być ubezpieczone, zgłosiły gotowość pozostania w dotychczasowem ubezpieczeniu, oraz członkom ich rodzin

przysługuje prawo do świadczeń leczniczych w tym samym rozmiarze i na tych samych warunkach, co ubezpieczonym obowiązkowo i członkom ich rodzin.

Pozostający bez pracy pracownicy umysłowi, posiadający prawo do zasiłków z powodu braku pracy z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, jednocześnie z uzyskaniem prawa do tych zasiłków zostają ubezpieczeni na wypadek choroby w Ubezpieczalni na koszt instytucji, wypłacającej zasiłki. Skutkiem tego zachowują oni nadal prawo do pomocy leczniczej z Ubezpieczalni pomimo ustania zatrudnienia.

Z mocy ustawy o zaopatrzeniu inwalidzkiem Ubezpieczalnie są obowiązane udzielać inwalidom wojennym i inwalidom wojskowym pomocy leczniczej w zakresie chorób, znajdujących się w związku z odbytą służbą wojskową. Świadczenia lecznicze dla inwalidów powinny im być udzielane przez cały czas trwania choroby bez ograniczenia, inwalidzi, posiadający ponad 84% utraty zdolności zarobkowej, mają prawo do leczenia we wszystkich wypadkach choroby, nietylko związanych z inwalidztwem.

Zasiłek chorobowy należy się ubezpieczonemu w razie stwierdzenia niezdolności do pracy wskutek choroby. Zasiłek ten nie przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego. Wypłata zasiłku trwa najdłużej 26 tygodni w wypadku jednej choroby. Zasiłek wynosi tygodniowo 50% przeciętnego tygodniowego zarobku ubezpieczonego z okresu jego pracy w ciągu ostatnich 13 tygodni przed zachorowaniem.

Ubezpieczeni (obowiązkowo i dobrowolnie), umieszczeni w szpitalu, posiadający na swem utrzymaniu conajmniej jedną osobę, otrzymują przez czas pobytu w szpitalu zasiłek domowy w wysokości połowy zasiłku chorobowego. Jeżeli ubezpieczony nie ma nikogo na swem utrzymaniu, pobiera t. zw. zasiłek szpitalny w wysokości 1/5 zasiłku chorobowego. Członkowie rodzin uprawnień tych nie posiadają.

Ubezpieczona, niepracująca z powodu połogu, ma prawo do zasiłku połogowego w wysokości równej zasiłkowi chorobowemu, niedłużej jednak niż w ciągu 8 tygodni. Okres ten powinien obejmować 2 tygodnie przed i conajmniej 6 tygodni po porodzie. Członkowie rodzin z zasiłku połogowego korzystać nie mogą.

NOWE LEGITYMACJE UBEZPIECZENIOWE.

Komunikat Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w Warszawie

Zakład Ubezpieczeń Społecznych rozesłał wszystkim Ubezpieczalniom nowe legitymacje dla ubezpieczonych, które przyniosą znaczne ułatwienia w uzyskiwaniu wszelkiego rodzaju świadczeń.

Nowa legitymacja ubezpieczeniowa, wydawana bezpłatnie, jest przeznaczona dla dokonywania wpisów o wszystkich niezbędnych danych, dotyczących ubezpieczonego i członków rodziny, jako to: miejsce zamieszkania, oznaczenie ośrodka leczniczego, przerwy w ubezpieczeniu, niepowodujące wygaśnięcie uprawnień, przebieg ubezpieczenia i dane z zakresu najmu pracy (przystąpienie do pracy, zwolnienie i trwanie stosunku najmu pracy). Legitymacja ta stanowi tedy dokument całego przebiegu ubezpieczenia, nie-

wymagający już ze strony ubezpieczonego żadnych innych dowodów przy korzystaniu ze świadczeń.

Legitymacja jest stała, t. j. nie będzie zmieniana przy zmianie miejsca pobytu.

Za okazaniem legitymacji ubezpieczeniowej, zaopatrzonej w zaświadczenie pracodawcy, ubezpieczony i członkowie jego rodziny otrzymują pomoc lekarską bezpośrednio u lekarza Ubezpieczalni, t. j. z pominięciem biur administracyjnych Ubezpieczalni.

Dla ułatwienia kontroli, Ubezpieczalnie uzależniają wydanie legitymacyj od przedłożenia przez ubezpieczonych dawnych legitymacyj, wydanych przez b. Kasy Chorych i tymczasowych, wydanych od dnia 1. stycznia 1934 r. przez Ubezpieczalnie Społeczne. Nadto pracownicy umyslowi, którzy byli ubezpieczeni w dawnych Zakładach Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych, muszą przedłożyć Ubezpieczalni karty ubezpieczeniowe, wydane przez wyżej wymienione Zakłady, przyczem wpisy na tych kartach powinny być dokładnie uzupełnione i poświadczone przez pracodawców.

O ile dokonanie wpisów przez pracodawcę okazałoby się z różnych względów niemożliwe (zmiana miejsca zatrudnienia, zlikwidowanie zakładu pracy i t. p.), pracownik może sam uskutecznić wpis w karcie ubezpieczeniowej przy równoczesnem podaniu w skróceniu przyczyny braku podpisu pracodawcy.

Ubezpieczeni otrzymują stałe legitymacje ubezpieczeniowe po dostarczeniu Ubezpieczalni fotografji własnej i członków rodziny oraz osób, które ukończyły 14 lat, a są uprawnione do świadczeń.

Uprawnienia obowiązkowo ubezpieczonych członków i ich rodzin i osób, uprawnionych do świadczeń, stwierdzane są zapomocą ich wpisu do legitymacji ubezpieczeniowej i zaświadczenia pracodawcy o stosunku najmu pracy (służbowym i wysokości wynagrodzenia).

Zaświadczenie pracodawcy ważne jest przy staraniu się o świadczenia chorobowe (pomoc lekarska, zasiłki) dla pracowników fizycznych w ciągu dwóch tygodni od daty wystawienia, a dla pracowników umysłowych w ciągu miesiąca.

Bezrobotni pracownicy umysłowi i członkowie ich rodzin korzystają z pomocy lekarskiej na podstawie legitymacji ubezpieczeniowej, decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (Oddziału) o przyznaniu zasiłku na wypadek braku pracy, zawierającej poświadczenie właściwego urzędu pośrednictwa pracy o zgłoszeniu się do oznaczonej kontroli.

Ubezpieczonym przysługuje prawo żądania od Ubezpieczalni Społecznej wpisania do ich legitymacyj ubezpieczeniowych sumy tygodni lub miesięcy składkowych wraz z sumą zarobków (wynagrodzeń), zaliczonych do ubezpieczenia emerytalnego w ciągu dwóch ostatnich lat kalendarzowych, oraz czasu pozostawania bez pracy w tymże okresie, służby wojskowej i t. p.

Wpisów tych ubezpieczony może żądać w okresie od 1 lipca do końca września.

Wpisy przerw w ubezpieczeniu niepowodujących utraty uprawnień emerytalnych będą dokonywane na podstawie własnej ewidencji Ubezpieczalni i dokumentów przedłożonych przez ubezpieczonych (książeczka wojskowa, zaświadczenia Urzędu Pośrednictwa Pracy).

Celem umożliwienia ubezpieczonym kontroli wpisów, ustawa zastrzegła ubezpieczonym prawo zgłoszenia w **ciągu miesiąca od doręczenia im legitymacji ubezpieczeniowej, żądania sprostowania wpisów do legitymacji lub zmiany ustalenia okoliczności, mających znaczenie dla stosunku ubezpieczeniowego, objętych wpisem do legitymacji.**

Legitymacja ubezpieczeniowa składa się z 4-ch części, z których pierwsza część (od strony 1 do 22) jest stała, a pozostałe zamienne, t. j. można je zastępować po całkowitem zużyciu nowemi wkładkami.

W razie utraty legitymacji (zgubienie, kradzież i t. p.) ubezpieczony może otrzymać wtórnik za osobną opłatą i po poprzedniem unieważnieniu oryginalnej legitymacji i przez ogłoszenie na własny koszt w urzędowym organie wojewódzkim i w „Przeglądzie Ubezpieczeń Społecznych“, organie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Varia

POMIARY HAŁASU

W Zakładzie Higjeny U. J. w Krakowie przeprowadzono specjalnym aparatem badania nad hałasem ulicznym, przemysłowo - fabrycznym oraz wpływem hałasu na zdrowie i pracę ludzką. Jednostki objektywne aparatu, to t. zw. „fony“. Badania wykazały w hałasach ulicznych:

65 fonów w dzwonkach tramwajowych,
70 — 95 fonów w sygnałach samochodowych,
100 fonów w hałasie motocyklów.

Rodzaj bruku wpływa na nasilenie hałasu. Najcichszy jest asfalt, potem beton, pieńki, kostka.

W przemysłowo - fabrycznych hałasach stwierdzono:

ponad 110 fonów przy kuciu kotłów,
90 — 95 fonów w fabrykach drutów i sztyftów,
75 — 85 fonów w szlifierniach metali,
60 — 70 fonów w fabrykach włókienniczych.

Stałe nasilenie hałasu ponad 70 fonów wpływa ujemnie na zdrowie pracujących w zakładach. Wywołuje nietylko schorzenia ucha środkowego, ale upośledza system nerwowy, oraz zmniejsza wydajność pracy robotnika tak pod względem jakościowym jak ilościowym i przyczynia się do powstawania wypadków przy pracy.

Obliczeniami hałasu ulicznego niezmiernie zainteresowany jest świat lekarski w Krakowie, gdzie na ul. Kopernika znajdują się wszystkie Kliniki Uniw. Jag., Państwowy Szpital św. Łazarza (razem 1.300 łóżek), Uniw. Ośrodek Zdrowia, Poradnia Tow. Walki z Gruźlicą i Ubezp. Społ., a ruch samochodów ciężarowych i osobowych, autobusowy, motocyklowy, spowodowany przejazdami i dostawami wojskowemi, nie mówiąc już o turkocących w dni targowe furmankach i o dudniących po moście kolejowym, przerzuconym przez ulicę, pociągach — stwarzają hałas o niezmiernie wysokiem nasileniu.

Jak wpływa on na chorych — zbytecznem mówić. A poza bezpośrednią reakcją hałasu na chorych, jakże utrudnia on pracę naukową, badania kliniczne, laboratoryjne i t. d.!

ZAKŁAD DLA INWALIDÓW

W Hochenlychen pod Berlinem znajdują się Zakłady lecznicze Czerwonego Krzyża, przeznaczone dla ofiar wypadków przy pracy. W zakładach tych, prócz leczenia, zorganizowano szkoły przysposobienia do pracy. Po okresie leczenia i przystosowania odpowiednich protez, chorzy przechodzą przeszkolenie wychowania fizycznego dla usprawnienia ogólnego w nowych warunkach fizycznych, oraz przeszkolenie zawodowe bądź w pracy wyko-

nywanej poprzednio, bądź też w innym zawodzie, odpowiadającym ich warunkom zdrowotnym. Równocześnie odpowiednio wpływa się na psychikę chorych, aby utrzymać w nich poczucie wartości i użyteczności. W ten sposób przygotowani inwalidzi, pobierając normalną rentę, mogą powracać do pracy na poprzednio zajmowanych stanowiskach. Tym sposobem przywraca się społeczeństwu wartościowych ludzi do pracy, i zmniejsza się ciężary opieki społecznej, z której musieliby korzystać inwalidzi, nie mogący utrzymać się z samej renty. *M. St.*

KRONIKA

O HIGJENĘ PRACY

W Warszawie b. r. odbył się zjazd lekarzy w sprawie podniesienia higjeny pracy w Polsce. Dr. Mierzecki ze Lwowa, który od dłuższego czasu zajmuje się zagadnieniem chorób zawodowych (patrz Nr. Pielęgniarki Polskiej 11 — 12/32 str. 155) mówił o chorobach skóry, których przeważna część posiada tło zawodowe.

Referent udowadniał konieczność zakładania ośrodków leczniczych dla chorób zawodowych przy Ubezpieczalniach Społecznych i większych ośrodkach przemysłowych, pod kierunkiem specjalistów. Również podnosił znaczenie używania środków ochronnych, niedopuszczających działania trującego substancyj chemicznych.

BADANIA PSYCHOTECHNICZNE

O przyjmowaniu kandydatów do zawodu lotniczego decydują odpowiednie ścisłe badania. Między innemi badania idą w kierunku koordynacji ruchów. Zgodność ocen psychotechnicznych dosięga 80 procent, co stanowi o coraz lepszym i pewniejszym materjale w służbie lotniczej.

TOWARZYSTWO PRZECIWGRUŹLICZE W OLKUSZU

Niezmiernie doniosłe prace rozwinęło Tow. Przeciwgruźlicze powiatu Olkuskiego, które, mimo bardzo ciężkich warunków finansowych, otworzyło trzy nowe ośrodki zdrowia. W powiecie istnieje obecnie 6 ośrodków, w których prowadzone są narazie poradnie przeciwgruźlicze, przeciwjaglicze, dla matek ciężarnych oraz niemowlęce. Staraniem Towarzystwa uzyskano subwencje rządowe, samorządowe oraz udział Ubezp. Społecznej. Ośrodki zaopatrzone są w odpowiednie urządzenia. Lekarze są wyspecjalizowani w pracy społecznej. Pielęgniarki są absolwentkami Uniw. Szk. Piel. i H. w Krakowie. Tak ciągła organizacja i współpraca czynników, mających za zadanie podnoszenie zdrowotności publicznej, zdola z wszelką pewnością postawić powiat olkuski na wysokim poziomie zdrowotnym.

KAPTURY PRZECIWGAZOWE

Państwowa wytwórnia sprzętu przeciwgazowego w Radomiu wypuściła na rynek rodzaj maski, zwanej kapturem przeciwgazowym. Kaptur może być zastosowany w przemyśle, jako aparat ochronny przed zatruciem gazami. Rozpowszechnianie go i zastosowanie zmniejszy niezawodnie ilość wypadków przy pracy.

ALKOHOLIZM WŚRÓD DZIECI

W Łodzi przeprowadzono przed końcem roku szkolnego ankietę w sprawie alkoholizmu dzieci. Obliczono na podstawie informacyj, otrzymanych od rodziców oraz grona nauczycielskiego, że 87 procent dzieci używa alkoholu, z czego duża część w towarzystwie starszych i rodziny.

ROZWÓJ ZDROWIA PUBLICZNEGO NA WĘGRZECH

W latach powojennych praca nad podniesieniem zdrowia publicznego na Węgrzech zrobiła ogromne postępy. Wyniki jej podał prof. Scholtz w referacie, wygłoszonym na jednem z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego w Budapeszcie. Liczba przychodni przeciwgruźliczych wzrosła z 25 na 73. Zorganizowano 9 ośrodków dla walki z chorobami wenerycznemi, 54 proc. położnych doszkolono, 83 proc. porodów odbywa się w asyście wykwalifikowanych położnych. Ogólna śmiertelność spadła z 23.3 na 15.3 na tysiąc. Śmiertelność na gruźlicę spadła z 3.2 na 1.9 na tysiąc.

POMOC OPUSZCZONYM MATKOM

W Stanach Zjednoczonych według istniejących ustaw, matki opuszczone pobierają na wychowanie swych dzieci renty z funduszów podatkowych lub innych dochodów Stanów. Z rent tych, według danych statystycznych, korzysta jednak tylko czwarta część rodzin, a około 700.000 dzieci pozbawionych jest tej pomocy. Powodem tego jest brak funduszów lub też często niedbalstwo władz. Ustawa zasadniczo przewiduje, by wysokość renty dała możność wychowania dziecka w warunkach higjenicznych i na poziomie godności ludzkiej, a nie była tylko jałmużną dla matki.

AMBULATORJUM OKRĘŻNE

We Francji, w prowincji Liége, założone zostało przez współpracowników Tow. Walki z Gruźlicą ambulatorjum okrężne. Ambulatorjum, z siedzibą w sanatorjum w Magnée, trzy dni w tygodniu objeżdża miejscowości odległe od ośrodków zdrowia, a przez to pozbawione odpowiednich sposobów wykrywania gruźlicy.

Ambulatorjum okrężne złożone jest z dużego krytego wozu, w którym znajduje się miejsce dla 2 lekarzy, 1 pielęgniarki, szofera, apteczki podręcznej, aparatu do odmy oraz aparatu Rentgena. W wozie przeprowadzone są kontakty elektryczne tak, że aparatu nie wyjmuje się z wozu. Specjalna uwaga zwrócona jest na dzieci szkolne, którym, prócz badania i zdjęcia, robi się odczyny tuberkulinowe.

Poza badaniami, ambulatorja okrężne prowadzą propagandę higjeny ogólnej, przeprowadzają dezynfekcje, a w razie potrzeby i dezynsekcje, dopełniają odmy sztuczne i t. p.

Wizyty lekarskie oraz wszelkie świadczenia udzielane są ludności bezpłatnie.

Praca 2 lat wykazała niezmierne korzyści z objazdów ambulatorjum okrężnego.

LOTNICTWO SANITARNE

W Leningradzie przeprowadzono doświadczenia z wyrzucaniem ładunków z krwią do transfuzji dla ciężko chorych. Ładunek wyrzucany jest zapomocą spadochronu, a dla ochrony uderzenia o ziemię, sporządzono specjalne amortyzatory.

CHOROBY WENERYCZNE W JAPONJI

Choroby weneryczne w Japonji szerzą się w ostatnich latach w zastraszającej ilości. W szpitalach 25 procent chorych cierpi na choroby weneryczne. Źródłem chorób jest prostytucja szerząca się w niebywały sposób.

Około 12.000 domów publicznych znajduje się w Japonji, prócz tego rozpowszechnia się prostytucja tajna, zwłaszcza wśród najbiedniejszej warstwy ludności. U dzieci spotyka się coraz częściej kiłę wrodzoną i rzeżączkowe zapalenie spojówek.

Wszczęta jest energiczna akcja zapobiegania chorobom wenerycznym, przymusowe leczenie chorych, oraz prace w kierunku ograniczenia prostytucji.

Kronika pielęgniarska

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI STOWARZYSZENIA B. WYCHOWANEK WARSZAWSKIEJ SZKOŁY PIELĘGNIARSTWA ZA ROK 1934 — 1935

W roku sprawozdawczym 1934 — 1935 odbyło się 10 zebrań przy przeciętniej liczbie członkiń 40.

Program prac Zarządu był następujący:

I. Referaty pielęgniarskie i ogólne

II. Utworzenie kółka sportowego

III. Opracowanie kartoteki i deklaracji

IV. Popieranie „Pielęgniarki Polskiej".

I. Wykonanie zakreślonego programu pracy przedstawia się następująco: Na zebraniach w ciągu roku sprawozdawczego wygłoszono 8 referatów na tematy pielęgniarskie i ogólne. Referaty wywołały duże zainteresowanie.

Referaty:

1) p. M. Babicka - Zachertowa: **O pracy pielęgniarki w zakładzie dla umysłowo chorych w Choroszczy**

2) p. Janina Masiewicz: **Wrażenia z pobytu w Ameryce 1931/32** (z przeźroczami)

3) Mec. Mordzyński: **Ustawa Scaleniowa**

4) Dr. Zabawska - Domosławska: **Rola sportu w życiu kobiety**

5) p. Wnorowska-Chrempińska: **Referat sprawozdawczy z kongresu wychowania moralnego w Krakowie**

6) Jadwiga Jasińska: **Wrażenia z wycieczki na Kartuzy**

7) p. Babicka - Zachertowa: **Ustawa o Pielęgniarstwie**

8) Prof. Pawłowicz: **Biopsychologja roślin pokojowych.**

Zaznaczyć należy, że p. Wnorowska - Chrempińska na kongres wychowania moralnego w Krakowie była delegowana przez Stowarzyszenie.

II. Starania Zarządu umożliwiły członkiniom Stowarzyszenia wzięcie udziału w kursie pływania przy Towarzystwie Wioślarskiem. W Kursie wzięły udział 24 członkinie. Następnie powołano Komisję Sportową, do której weszły: pp. E. Kapicówna i L. Moniuszko. Komisja nawiązała kontakt z C. I. F., gdzie członkinie Stowarzyszenia korzystać mogą z bezpłatnych lekcyj gimnastyki.

III. Zarząd opracował wzór deklaracji dla nowowstępujących członkiń Stowarzyszenia oraz wzór karty rejestracyjnej do kartoteki ewidencji stowarzyszonych.

IV. Popieranie „Pielęgniarki Polskiej" i pozyskiwanie dla niej abonentów było stałą troską Zarządu. W celu ożywienia propagandy, do Komisji do Spraw „Pielęgniarki Polskiej" oprócz osób z roku ubiegłego, powołano 2 nowe członkinie: p. Z. Bogatkowską i p. W. Czajkowską.

Dla nawiązania kontaktu z koleżankami na prowincji, postanowiono wydawać biuletyn informacyjny o sprawach Stowarzyszenia i wysyłać go poza Warszawę. Opracowywania i wysyłania biuletynu podjęły się: pp. J. Jasińska, Z. Makowska, S. Michalska i M. Mierzejewska.

W roku sprawozdawczym odbył się w Warszawie doroczny zjazd Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych. Członkinie Stowarzyszenia b. Wych. Warsz. Szkoły Pielęgn. wzięły w nim czynny udział zarówno w komisji organizacyjnej, jak w obradach i kursie dokształcającym, urządzonym przed zjazdem.

Podczas kursu omawiany był, między innemi, temat pielęgnowania chorych w domach, który wywołał duże zainteresowanie. Wyrazem tego zainteresowania był projekt zorganizowania przy Stowarzyszeniu Sekcji Pielęgniarstwa Domowego. Dla opracowania organizacji metod i techniki pracy powołano specjalną komisję.

Stowarzyszenie zainteresowało się również chorymi ubogimi, pielęgnowanymi przez pielęgniarki Miejskich Stacyj Opieki Społecznej; celem zapewnienia im w domach rozrywek kulturalnych, postanowiono zbierać i dostarczać im pism, zabawek, ilustracyj i t. p. Na czele tej akcji stanęła p. Ap. Antczakówna.

Stowarzyszenie, wzorem lat poprzednich, jest w stałym kontakcie z Warszawską Szkołą Pielęgniarstwa. Delegatka Stowarzyszenia bierze stały udział w zebraniach Towarzystwa Przyjaciół Szkoły, a członkinie Stowarzyszenia w miarę możności popierają dochodowe imprezy Towarzystwa.

W roku sprawozdawczym, na skutek energji skarbniczki p. E. Kapicówny, regulowanie składek znacznie się poprawiło, aczkolwiek są jeszcze duże zaległości.

Majątek Stowarzyszenia wynosi zł. 2.733, w czem 100 zł. obligacji Pożyczki Narodowej i 100 zł. pożyczki inwestycyjnej.

Na Walnem Zebraniu, które odbyło się dnia 2. kwietnia 1935 r. przeprowadzono wybory do Zarządu, który przedstawia się następująco:

P. Apolonja Antczakówna, st. pielęgn. IV Miejskiego O. Zdr. — prezeska; p. Wanda Lankajtes, instruktorka WSP. — wiceprezeska; p. Janina Warcholówna, instruktorka WSP. — sekretarka; p. Eugenja Kapicówna, instruktorka WSP. — skarbniczka; p. M. Babicka-Zachertowa, ref. piel. Dep. Sł. Zdrowia, oraz p. Anna Iżycka, instr. Ośrodka Zdrowia i Opieki Społecznej Zarządu m. Warszawy — członkinie Zarządu.

Zarząd Stowarzyszenia, jako program działalności na rok następny nakreśla następujące wytyczne:

1. Kontynuowanie referatów na zebraniach
2. Organizowanie akcji wycieczkowej (zwiedzanie instytucyj społecznych)
3. Rozwinięcie prac Komisji Sportowej
4. Rozpatrzenie możliwości uruchomienia przy Stowarzyszeniu Sekcji Pielęgniarstwa Domowego
5. Opracowanie zmian statutu
6. Założenie kartoteki ewidencyjnej członkiń i wprowadzenie piśmiennej deklaracji
7. Popieranie „Pielęgniarki Polskiej“
8. Utrzymywanie kontaktu z koleżankami.

W zakończeniu sprawozdania Zarząd Stowarzyszenia wyraża podziękowanie dyrektorce szkoły p. Z. Szlenkierównie za użyczanie lokalu na zebrania i zawsze pełne życzliwości ustosunkowanie się do spraw Stowarzyszenia. Równocześnie Zarząd serdecznie dziękuje wszystkim Koleżankom, które z nim współpracowały dla dobra i rozwoju Stowarzyszenia.

Zarząd Stowarzyszenia b. Wychowanek W. S. P.

ZMIANY POSAD W POLSKIM CZERWONYM KRZYŻU W STYCZNIU, LUTYM i MARCU 1935 ROKU

Styczeń 1935

S. Mężyńska Stefanja z Zakładu Ort. Poznań do Szpitala Wojskowego Poznań
S. Łącka ze Szpitala PCK. Warszawa do Szpitala Wojsk. Kraków, jako przełożona

S. Kowalewska Marja ze Szpitala Wojsk. Chełm Lubelski do Szpitala Wojskowego Kraków
S. Napadłówna Adamina ze Szpitala Wojsk. Brześć n/B do Szpitala Wojskowego Kraków
S. Pytaszyńska Wanda ze Szpitala Wojsk. Poznań do Szpitala Wojsk. Warszawa CW. San.
S. Tercjakówna Janina ze Szpitala Wojsk. Poznań do Szpitala Wojsk. Chełm Lubelski
S. Cichocka Leokadja z Ubezpieczalni w Poznaniu do Szpitala Wojsk. Chełm Lubelski
S. Reucka - Wiśniewska Ksenia z Kliniki Dz. Poznań do Szp. Wojsk. Brześć nad Bugiem
S. Kowalczyk Stefanja z Ośrodka Zdrowia PCK. Siedlce do Szp. Wojsk. Warszawa, I Okr.

Zostały skierowane na posady przez Polski Czerwony Krzyż

P. Nawrocka Joanna, Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Ośrodka Zdrowia Dzisna
P. Karolakówna Kazimiera, Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szpitala Wojskowego C. W. San. Warszawa
P. Korycińska Jadwiga ze rezerwy do Szpitala Wojskowego Grodno
P. Batycka Krystyna, Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szpitala Wojskowego I Okr. Warszawa
P. Baranowska Halina. Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do San. PCK. Zakopane

Luty 1935

S. Rotterówna Marja ze Szk. Piel. PCK. Poznań do Sanatorjum Wojskowego Rajcza
S. Żyłowska Natalja ze specj. Warszawa do Przychodni Przeciwgruźliczej Katowice

Zostały skierowane na posady przez Polski Czerwony Krzyż

P. Klimaszewska Stanisława. Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. Ubezp. Sp. Łódź
P. Mędrecka Janina. Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. Ubezp. Społ. Łódź
P. Dejnarowicz Genowefa, Abs. Szk. Piel. Warszawa do Szp. Ubezp. Sp. Łódź
P. Łukaszewicz Irena, Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. PCK. Warszawa
P. Janiakówna Janina, Abs. Szkoły Piel. PCK. Poznań do Szpitala Wojskowego Poznań
P. Małecka Irena, Abs. Szk. Piel. PCK. Poznań do Szk. Piel. Poznań jako instruktorka
P. Rossmanówna Danuta, Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Ośrodka Zdr. PCK. Łukowa

Marzec 1935

S. Polówna Janina ze Szpitala Wojsk. Kraków do Szp. Wojskowego Toruń
S. Jasińska Józefa z Sanatorjum Wojsk. Rajcza do Szp. Wojsk. Kraków
S. Rybczyńska Pelagja z Sanatorjum Wojsk. Rajcza do Szpitala Wojsk. Przemyśl
S. Kubicka Hanna ze Szpitala Wojsk. Przemyśl do Szp. Garn. I. Ch. Katowice
S. Wyleżyńska Zofja z Ośr. Zdrowia PCK. Siedlce do Sanat. Wojsk. Rajcza
S. Ulrychowa Stefanja ze Szp. Wojsk. Kraków do Garn. I. Ch. Oświęcim
S. Braciszewska Marja ze Szp. Wojsk. Przemyśl do Szp. Wojsk. I. Okr. Warszawa

Zostały skierowane na posady przez Polski Czerwony Krzyż

P. Lejanka Władysława, Abs. Szk. Piel. PCK. Poznań do Szk. Piel. Poznań jako instr.
P. Fijołkówna Aleksandra, Abs. Szk. Piel. Warszawa do Szp. Wojskowego Kraków
P. Litwinówna Zofja, Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. Wojskowego C. W. San. Warszawa
P. Zającówna Stanisława, Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Szp. Ubezp. Społ. Łódź
P. Strieglerówna Marja, Abs. Szk. Piel. PCK. Warszawa do Ośr. Zdr. PCK. Trzebieszów
P. Kaczyńska Janina, Abs. Szk. Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Kraków
P. Krawczykówna Helena po specj. w rentgenie do Szp. Wojskowego Przemyśl
P. Pyżalska Dorota, Abs. Szk. Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Poznań

P. Riewe Irena, Abs. Szk. Piel. PCK. Poznań do Ośr. Zdrowia Zelów pow. Łaski
P. Zjawińska Irena, Abs. Szk. Piel. PCK. Poznań do Szp. Wojsk. Chełm Lubelski
P. Pewelska Marja, Abs. Szk. Piel. PCK. Poznań do Szpitala Ubezp. Społ. Łódź

Przyjęto na specjalizację

P. Wiśniewska Marja ze Szp. Wojsk. Kraków na specjalizację w rentgenie
P. Odejewska Marta ze Szpitala Wojsk. Toruń na specjalizację w bakterjologji
P. Mundkowska Dorota ze Szkoły Piel. Poznań na specjalizację w instrumentowaniu
P. Wilkońska Marja ze Szpitala Wojsk. Poznań na specjalizację w bakterjologji

Przestały pracować w Polskim Czerwonym Krzyżu

S. Abgarowicz Marja ze Szpitala C. W. San. Warszawa
S. Łenczowska Janina ze Szpitala C. W. San. Warszawa
S. Piotrowska Marja ze Szpitala I. Okr. Warszawa
S. Gronczyńska Jadwiga ze Szpitala I Okr. Warszawa
S. Kostecka Jadwiga, z Sanatorjum Polskiego Czerwonego Krzyża Lwów
S. Kostruba Wanda z Sanatorjum Polskiego Czerwonego Krzyża Lwów
S. Górecka Janina z Sanatorjum Polskiego Czerwonego Krzyża Lwów
S. Nakonecznikoff Henryka ze Szpitala C. W. San. Warszawa
S. Koczorowska Zofja z Garn. Izby Chorych Baranowicze
S. Pytaszyńska Wanda ze Szpitala C. W. San. Warszawa

Zmarły:

3. I. Ś. p. S. Szorówna Zofja ze Szpitala I. Okr. Warszawa
11. II. Ś. p. S. Prądecka Aurelja z Garn. Izby Chorych Katowice
3. II. Ś. p. Grylówna Marja z Garn. Izby Chorych Oświęcim
22. II. Ś. p. Ossowska Anna z Sanat. Polskiego Czerwonego Krzyża Zakopane.

Co czytać?

Do cyklu Monografij Lekarskich, omawianych częściowo w Nrze 4 „Pielęgniarki Polskiej“ (str. 91), przybyła praca dr. Juljana Fliederbauma **Przyczyny powstawania i sposoby leczenia stanów obrzękowych** (zeszyt 9, r. 1934).

Całość podzielona jest na następujące rozdziały:

I. Fizjopatologja gospodarki wodnej — Przyczyny powstawania obrzęków
II. Zasady leczenia obrzęków
III. Schematy postępowania leczniczego w poszczególnych przypadkach obrzęków.

W pierwszym rozdziale autor przedstawia ogólnie przyczyny powstawania obrzęków i zajmuje się wykazaniem warunków sprzyjających utrzymywania się ich, tak ze względów fizjopatologicznych jak i dietetycznych.

W drugim rozdziale omawia ogólne sposoby leczenia, oczywiście podkreślając leczenie przyczynowe; autor zaznacza jednak, że nie zajmuje się tem szczegółowo, jako rzeczą nie należącą bezpośrednio do tematu. Natomiast podaje zmiany patologiczne w składzie krwi i moczu chorego, oraz sposób zatrzymywania się wody w organizmie zależnie od przyczyny powstawania obrzęków.

Obszernie omawia stronę dietetyczną, jako jeden ze sposobów leczniczych, lub współdziałających w leczeniu. Autor wykazuje, w jaki sposób działają różne składniki pokarmowe na przemianę materji, a następnie podaje wpływ produktów ich rozpadu

na gospodarkę wodną. Podaje następnie sześć przykładów diet podstawowych alkalizujących, stosowanych w stanach obrzękowych. Po każdem menu dziennem, podaje ilość jednostek cieplnych, zawartych w danej diecie, oraz zawartość w niej białka, tłuszczu, węglowodanów, soli i wody. Osobno omawia dietę w obrzękach z uczulenia.

Po omówieniu leczenia fizycznego stanów obrzękowych, autor zatrzymuje się nad leczeniem lekowem. Omawia działanie odpowiednich preparatów i w zarysie podaje stosowanie środków leczniczych podczas różnych stanów obrzękowych. Zaznaczyć musimy, że autor nie traktuje swej pracy jako podręcznika, omawiającego szczegółowo patologję stanów obrzękowych, lecz stara się podać w sposób najprzystępniejszy dane, mające na celu zapoznanie lekarzy - praktyków z nowemi sposobami leczenia oraz z różnemi naukowemi punktami widzenia i tą drogą ułatwić pracę dla dobra chorego.

W ostatnim, III rozdziale, podane są ogólne zasady postępowania w poszczególnych przypadkach. Dla objęcia całości i dla lepszego zorjentowania czytelnika w rodzaju tej monografji, podajemy wyszczególnione przypadki, jako punkty tego rozdziału:

1) Choroby układu krążenia
   a) choroby pochodzenia sercowego
   b) choroby pochodzenia pozasercowego
   c) w przebiegu chorób żył
   d) nerwowo - naczyniowych Quinquego
2) Choroby płuc
3) Choroby wątroby
3) Choroby nerek (z uwzględnieniem różnych rozpoznań)
5) Choroby narządów krwiotwórczych
6) Choroby przemiany materji
7) Choroby gruczołów dokrewnych
8) Choroby zakaźne
9) Obrzęki głodowe
10) Zatrucia
11) Choroby układu nerwowego
12) Obrzęki zapalne

Praca dr. Fliederbauma, przez zestawienie diet i leków w stanach obrzękowych, staje się niezmierną pomocą w pracy, szczególnie szpitalnej, dla pielęgniarek współpracujących z lekarzami dla dobra chorego. Wyjaśnienia z zakresu fizjopatologji, najnowsze wyniki badań oraz praktyczne podejście do tematu — to wszystko ułatwi tę współpracę w wykonywaniu zleceń i obserwacji chorego, przynosząc równocześnie pełne zadowolenie pielęgniarkom, pragnącym wiedzę swą rozwijać i pogłębiać.

M. St.

Obowiązkiem pielęgniarki dyplomowanej jest nie tylko prenumerowanie „Pielęgniarki Polskiej“, ale i jednanie jej wśród otoczenia nowych prenumeratorów.

Redaktor i wydawca odpowiedzialny: Hanna Chrzanowska.
Adres Administracji: Marja Starowieyska, Kraków, ul. św. Krzyża L. 11.
Drukarnia „Głosu Narodu“ pod zarządem Romana Ferka.

X Walny Zjazd

Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych

odbędzie się

w Krakowie

w dniach

6, 7 i 8 października 1935 r.

Kurs dokształcający z zakresu pielęgniarstwa szpitalnego i społecznego odbędzie się w Krakowie dnia 3, 4 i 5 października 1935 r.

Program Zjazdu i Kursu w następnym numerze „Pielęgniarki Polskiej".